

**Uitspraak Geschillencommissie Financiële Dienstverlening nr. 2019-087
(mr. B.F. Keulen, voorzitter en mr. A.W.H. Vink, drs. A. Paulusma- de Waal, arts en
mr. G.A. van de Watering, secretaris)**

Klacht ontvangen op : 1 mei 2018
Ingediend door : Consument
Tegen : VIVAT Schadeverzekeringen N.V., gevestigd te Alkmaar, verder te noemen Verzekeraar
Datum uitspraak : 31 januari 2019
Aard uitspraak : Niet bindend advies

Samenvatting

Na een bedrijfsongeval in maart 2008 waarbij een gevelplaat zijn nek en hoofd heeft geraakt, heeft Consument een beroep gedaan op zijn bij Verzekeraar afgesloten ongefallenverzekering. Verzekeraar heeft Consument hierna uitkering onthouden omdat de door Consument ervaren klachten niet als een direct en uitsluitend ongevalsgevolg konden worden aangemerkt. Na beoordeling van nieuwe medische informatie heeft Verzekeraar zijn standpunt gehandhaafd. In september 2016 heeft Consument Verzekeraar laten weten dat het UWV hem sinds een half jaar arbeidsongeschikt heeft bevonden en hem verzocht om zijn claim opnieuw te beoordelen. Nadat Verzekeraar Consument een concreet voorstel ter oplossing had voorgelegd heeft deze volhard in zijn verzoek om uitkering. De Commissie stelt voorop dat het op grond van de hoofdregel van artikel 50 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering aan Consument is om zijn stellingen met concrete feiten of omstandigheden te onderbouwen. Dit geldt nog meer omdat Verzekeraar de klacht van Consument gemotiveerd heeft betwist en zich daarbij heeft beroepen op medische informatie die hij heeft ontvangen van de behandelend artsen. Voor zover Consument meent aanspraak te kunnen maken op een uitkering omdat hij recent volledig is afgekeurd door het UWV, wijst de Commissie erop dat de beoordeling door het UWV ziet op de mate van arbeidsongeschiktheid terwijl de hier aan de orde zijnde beoordeling ziet op de mate van blijvende invaliditeit in de zin van de ongefallenverzekering. De Commissie stelt verder vast dat Verzekeraar Consument ruimschoots de gelegenheid heeft geboden om zijn hernieuwde beroep op dekking onder verzekering nader te onderbouwen. Consument heeft dat niet gedaan. Bij die stand van zaken kan Verzekeraar niet worden verweten dat zij onvoldoende onderzoek zou hebben verricht naar de vraag of als gevolg van het ongeval in 2008 sprake is van blijvende invaliditeit in de zin van de polis. Vordering wordt afgewezen.

I. Procesverloop

De Commissie beslist met inachtneming van haar Reglement en op basis van de volgende stukken inclusief bijlagen:

- het door Consument ingediende klachtformulier;
- het verweerschrift van Verzekeraar;
- de repliek van Consument.

De Commissie stelt vast dat partijen hebben gekozen voor niet-bindend advies. De uitspraak is daardoor niet bindend.

Partijen zijn opgeroepen voor een hoorzitting op 19 december 2018 en zijn aldaar verschenen.

2. Feiten

De Commissie gaat uit van de volgende feiten.

- 2.1 Op 19 maart 2008 is Consument tijdens het monteren van gevelplaten een bedrijfsongeval overkomen. Daarbij heeft een gevelplaat zijn nek en hoofd geraakt. Een jaar later, op 16 maart 2009, heeft Consument hiervoor een beroep gedaan op zijn ongevallenverzekering, die hij afsloot bij een rechtsvoorganger van Verzekeraar. Op de verzekering zijn van toepassing de algemene voorwaarden I10C.
- 2.2 Na van Consument verkregen machtiging heeft de medisch adviseur van Verzekeraar bij diverse behandelaren medische informatie opgevraagd na ontvangst waarvan hij Verzekeraar op 2 november 2009 als volgt heeft bericht:
(...)
*"Betrokkene heeft al vele jaren pijnklachten in het hoofd, de nek, schouders, armen en handen. Door een klap van een gevelplaat tegen zijn hoofd zouden de pijnklachten zijn verergerd. Een MRI van de halswervelkolom laat milde degeneratieve (slijtage) c.q. verouderingsverschijnselen zien. Voorts bestaan er psychische klachten naar aanleiding van een langdurig arbeidsconflict..
... 0% blijvende invaliditeit..
... de huidige klachten zijn dus niet een direct en uitsluitend ongevalsgevolg."*
(...)
- 2.3 Op grond van deze informatie heeft Verzekeraar de tussenpersoon van Consument bericht dat Consument uit hoofde van de ongevallenverzekering geen uitkering zal worden verstrekt. In november 2009 laat Consument Verzekeraar weten het daarmee niet eens te zijn, waarna zich in maart 2010 namens Consument een advocaat meldt. Daarna verneemt Verzekeraar niets meer en sluit het dossier.
- 2.4 In maart 2014 heeft de tussenpersoon van Consument Verzekeraar verzocht om heropening van het dossier. Na beoordeling van nieuwe medische informatie door de medisch adviseur van Verzekeraar heeft deze vervolgens zijn standpunt gehandhaafd dat geen sprake is van blijvende invaliditeit ten gevolge van het ongeval van 2008. Op 6 mei 2014 is de tussenpersoon van Consument hiervan in kennis gesteld.
- 2.5 In september 2016 heeft Consument Verzekeraar laten weten dat het UWV hem sinds een half jaar arbeidsongeschikt heeft bevonden en hem verzocht om zijn claim opnieuw te beoordelen.
- 2.6 Begin 2017 heeft Verzekeraar Consument ter onderbouwing van zijn standpunt verzocht om nieuwe medische informatie aan te leveren en ook zelf informatie opgevraagd bij de behandelend orthopeed, neuroloog, reumatoloog, chirurg en pijnbestrijding. Verzekeraar heeft Consument hierna op 18 april 2017 bericht dat hij ook op grond van de nieuwe medische informatie niet kan concluderen tot blijvende invaliditeit ten gevolge van het ongeval.

In maart 2018 heeft de tussenpersoon van Consument namens deze Verzekeraar een klacht voorgelegd omdat deze hem een nieuw onderzoek zou hebben toegezegd en Verzekeraar zich baseert op verouderde informatie waarop het UWV hem heeft afgekeurd. Het dossier is hierna voorgelegd aan de klachten coördinator van Verzekeraar. Deze heeft Consument bij brief van 18 mei 2018 het volgende voorstel gedaan.

(...)

Ten einde tot een afronding te komen, doe ik u het volgende voorstel:

- *U laat ons weten dat wij uw volledige medische dossier aan u kunnen toesturen zodat u eventueel aan de hand hiervan onze beslissing kunt bespreken met uw huisarts of met een klachtfunctionaris of een behandelend arts van het [REDACTED]*
- *Wij zenden u dan dit dossier en u informeert ons vervolgens of dit compleet is en zo niet wat er dan nog ontbreekt;*
- *U stuurt ons de stukken toe waarop het UWV haar beslissing heeft gebaseerd;*
- *U informeert ons (onderbouwd met stukken) over de afwikkeling van de WA-claim (alleen met betrekking tot de eventueel vastgestelde blijvende invaliditeit);*
- *Zodra wij alle gegevens hebben en u heeft aangegeven dat dit de complete en actuele gegevens zijn, leggen wij deze voor aan een ander medisch adviesbureau: [REDACTED] te [REDACTED]. Hiervoor zult u te zijner tijd wel een nieuwe machtiging moeten tekenen.*
- *Op onze kosten zullen wij dan een laatste (her-)beoordeling laten doen van de eventuele blijvende invaliditeit zoals die is ontstaan als direct en uitsluitend gevolg van het u op 19 maart 2008 overkomen ongeval.*
- *Die uitkomst zal dan wel bindend moeten zijn, in die zin dat dat dan de 4^e herbeoordeling is en er redelijkerwijs niks nieuws meer uit kan komen. Reaal zal dan overeenkomstig het vastgestelde percentage uitkeren (tenzij het dus wederom 0% is) en daarna haar dossier sluiten;*
- *In het geval dat u het ook met die beslissing niet eens bent, of u het gehele voorstel hierboven niet ziet zitten, dan staat voor u de weg open naar het Klachten Instituut Financiële Dienstverlening (Kifid) of naar een gerechtelijke procedure. Verder corresponderen met ons heeft dan geen zin meer, immers op basis van de huidige stukken en de huidige medische beoordeling staat ons standpunt vast.*

(...)

Consument heeft met dit voorstel van Verzekeraar niet in willen stemmen, maar in plaats daarvan volhard in zijn verzoek om uitkering. Verzekeraar heeft geconcludeerd dat het geen zin heeft om nog verdere actie te ondernemen en zijn eerder ingenomen afwijzende standpunt gehandhaafd. Het is daarover dat Consument een klacht aan Kifid heeft voorgelegd.

3. Vordering, klacht en verweer

Vordering Consument

- 3.1 Consument vordert dat Verzekeraar alsnog een onderzoek laat instellen naar de mate van zijn blijvende invaliditeit, een expert benoemt die de omvang vaststelt van de door hem over de afgelopen 10 jaar geleden schade en daarna tot uitkering uit hoofde van deze verzekering overgaat.

Grondslagen en argumenten daarvoor

- 3.2 Deze vordering steunt, kort en zakelijk weergegeven, op de volgende grondslag. Verzekeraar is toerekenbaar te kort geschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekering door zich tegenover Consument op het standpunt te stellen dat geen sprake is van blijvende invaliditeit en hem op grond daarvan uitkering uit hoofde van deze verzekering te onthouden. Consument voert hiertoe de volgende argumenten aan.
- Verzekeraar heeft zich bij het bepalen van zijn standpunt gebaseerd op achterhaalde en dus onjuiste informatie. Zo is de pijnbestrijding die Consument in 1993 heeft gehad volkomen verkeerd beschreven. Ook de brief van neuroloog dr. [X] van 10 april 2008 is onjuist. Consument heeft bovendien van de verzekeringsarts van het UWV te horen gekregen dat hij eigenlijk al in 2008 afgekeurd had moeten worden. Nu is Consument voor 100% afgekeurd en heeft hij inmiddels een IVA-uitkering en dan stelt Verzekeraar zich nota bene op het standpunt dat hij gezond is.
 - Verzekeraar wist al in 2008 welke gevolgen Consument had overgehouden aan het bedrijfsongeval maar Verzekeraar heeft alle informatie naast zich neergelegd dan wel gewist. Consument noemt daarbij als voorbeeld de melding die hij in 2000 heeft gedaan over zijn problemen met zijn rechterenkel en zijn melding van gebroken pink in 2016 waarvan Verzekeraar beweert daarvan geen papieren te hebben. Verzekeraar heeft zelfs tot vier keer toe getracht om de verzekering te beëindigen en Consument als wanbetaler aangemerkt terwijl het Verzekeraar zelf is die fouten maakt.

Verweer Verzekeraar

- 3.3 Verzekeraar heeft de stellingen van Consument gemotiveerd weersproken. Voor zover nodig zal de Commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

4. Beoordeling

- 4.1 Ter beoordeling ligt de vraag voor of Verzekeraar Consument terecht uitkering uit hoofde van deze ongevallenverzekering heeft geweigerd voor diens claim naar aanleiding van een hem in 2008 overkomen bedrijfsongeval.
- 4.2 De Commissie is van oordeel dat deze vraag bevestigend moet worden beantwoord en overweegt daartoe als volgt.
- 4.3 In de kern genomen komt de klacht van Consument hier op neer dat Verzekeraar zich bij het bepalen van zijn standpunt heeft gebaseerd op verouderde en dus onjuiste informatie. Ter ondersteuning van zijn stelling heeft Consument aangevoerd dat de pijnbestrijding die hij in 1993 heeft gehad, in zijn dossier volkomen verkeerd wordt beschreven. Ook de brief van neuroloog dr. [X] van 10 april 2008 zou onjuist zijn. Consument heeft bovendien van de verzekeringsarts van het UWV te horen gekregen dat hij eigenlijk al in 2008 volledig afgekeurd had moeten worden. Dat verdraagt zich niet met de stelling van Verzekeraar dat hij niet in aanmerking komt voor een uitkering.

- 4.4 De Commissie stelt voorop dat het op grond van de hoofdregel van artikel 150 van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering aan Consument is om zijn stellingen met concrete feiten of omstandigheden te onderbouwen. Dit geldt nog meer omdat Verzekeraar de klacht van Consument gemotiveerd heeft betwist en zich daarbij heeft beroepen op medische informatie die hij heeft ontvangen van de behandelend artsen. Consument heeft tegenover de gemotiveerde betwisting door Verzekeraar helemaal niet toegelicht wat nu precies mis is met de beschrijving van die pijnbestrijding en met de brief van dr. [X] en ook niet waarom dat van belang zou zijn voor de beoordeling van de vraag of hij recht heeft op een uitkering voor het bedrijfsongeval in 2008. Het lag op de weg van Consument om op beide punten duidelijkheid te verschaffen. Voor zover Consument meent aanspraak te kunnen maken op een uitkering omdat hij recent volledig is afgekeurd door het UWV, wijst de Commissie erop dat de beoordeling door het UWV ziet op de mate van *arbeidsongeschiktheid* terwijl de hier aan de orde zijnde beoordeling ziet op de mate van *blijvende invaliditeit* in de zin van de ongevallenverzekering. Beide beoordelingen laten zich niet met elkaar vergelijken. Anders gezegd: dat Consument door het UWV volledig arbeidsongeschikt is geacht, zegt niets over diens mate van blijvende invaliditeit in de zin van de ongevallenverzekering.
- 4.5 De Commissie stelt verder vast dat Verzekeraar Consument ruimschoots de gelegenheid heeft geboden om zijn hernieuwde beroep op dekking onder verzekering nader te onderbouwen. In dat kader is van belang dat Verzekeraar in de brief van 18 mei 2018 nogmaals heeft aangeboden om een herbeoordeling te laten plaatsvinden, op voorwaarde dat Consument dan wel alle van belang zijnde stukken die volgens hem nog ontbreken zou toesturen. Consument heeft dat niet gedaan. Bij die stand van zaken kan Verzekeraar niet worden verweten dat zij onvoldoende onderzoek zou hebben verricht naar de vraag of als gevolg van het ongeval in 2008 sprake is van blijvende invaliditeit in de zin van de polis.
- 4.6 De slotsom is dat niet is gebleken dat Consument recht heeft op een uitkering onder de verzekering voor het bedrijfsongeval van 2008. Verzekeraar heeft om die reden terecht uitkering geweigerd en is niet toerekenbaar tekortgeschoten in de nakoming van zijn verplichtingen uit hoofde van deze verzekeringsovereenkomst. De Commissie wijst de vordering van Consument daarom af.

5 Beslissing

De Commissie wijst de vordering af.

In artikel 5 van het Reglement van de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening is bepaald in welke gevallen beroep openstaat van bindende beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening bij de Commissie van Beroep Financiële Dienstverlening. Daarbij geldt een termijn van zes weken na verzending van deze uitspraak. Op de website van Kifid vindt u praktische informatie over het instellen van beroep. Zie hiervoor www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

U kunt, binnen twee weken na de verzenddatum van deze uitspraak, bij de Voorzitter van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening schriftelijk een verzoek indienen tot herstel van kennelijke vergissingen in de uitspraak. U moet daarbij met name denken aan correctie van reken- of schrijffouten en verbetering van namen en data. De volledige procedure met de termijnen die daarbij in acht moeten worden genomen staat beschreven in artikel 40 van het Reglement.